

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

No 156

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Auguste-Alexis MORVAN

Né le 24 octobre 1907, à Toulon (Var)

ESSAI D'ORGANISATION

DU

SERVICE OBSTÉTRICAL

DANS LES CAMPAGNES BRETONNES

SES CONSÉQUENCES DANS LE DÉVELOPPEMENT
DE L'HYGIÈNE GÉNÉRALE

Président : M. COUVELAIRE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Auguste-Alexis MORVAN

Né le 24 octobre 1907, à Toulon (Var)

ESSAI D'ORGANISATION

DU

SERVICE OBSTÉTRICAL

DANS LES CAMPAGNES BRETONNES

SES CONSÉQUENCES DANS LE DÉVELOPPEMENT
DE L'HYGIÈNE GÉNÉRALE

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

V

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.). Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY .. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
BASSET Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.

MM.

SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
GUÉNIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

FREY Éducation physique.
CHAILLEY-BERT, agrégé Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Mort à la tâche,
pour me permettre de faire mon chemin dans la vie.

*Puisse son sacrifice ne pas être vain, et
les rêves qu'il faisait à mon égard, réalisés.*

A MA MÈRE VÉNÉRÉE

Dont les sacrifices et le labeur de toujours
m'ont permis d'arriver jusqu'au Doctorat.

*Qu'elle soit assurée de ma profonde
reconnaissance.*

A MA SŒUR

En témoignage d'affection.

A CELLE

Qui, demain, sera la compagne de ma vie
et partagera mes labeurs.

A MA MARRAINE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

Je dédie cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Commandeur de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Je dédie cette thèse, en reconnaissance
pour le grand honneur qu'il m'a fait de la
présider.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEMONIET

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rennes

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE DAMANY

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Rennes

*Qui m'ont enseigné les premières notions
de la science médicale; en témoignage de
ma reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRENIÉ

Médecin-chef de la Maternité de Saint-Brieuc

*Qui m'a inspiré l'idée première de cette
thèse et m'a donné ensuite ses conseils.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS PRIGENT, HERRY, OUDOT

Mes maîtres à l'Hôpital de Saint-Brieuc



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ESSAI D'ORGANISATION DU SERVICE OBSTÉTRICAL DANS LES CAMPAGNES BRETONNES

Ses conséquences dans le développement de l'Hygiène générale

INTRODUCTION

Parmi les nombreux problèmes qui préoccupent la Société moderne il en est un qui revêt, en France surtout, une acuité particulière, remplissant d'angoisse ceux qui, chez nous, et ils sont encore nombreux heureusement, savent voir clair, et envisager l'avenir. Ce problème c'est la dénatalité, ou plutôt la crise de la natalité, celle-ci étant définie : le rapport entre le nombre des individus nés vivants chaque année, et le chiffre de la population.

Depuis un siècle déjà, ce fléau sévit sur notre pays, et chaque recensement, sauf quelques fluctuations, montre une diminution constante des naissances, et une augmentation de la mortalité. Les cercueils, dans certaines régions de la France tout au moins, sont plus nombreux que les berceaux, la vie ne jaillit plus, les morts ne sont plus remplacés. Les dégâts sont aussi importants que ceux occasionnés par une guerre, car c'est par milliers que l'on compte chaque année les

enfants qui auraient dû naître et qui manquent au pays pour diverses causes, pathologiques ou autres.

Il nous faut d'abord comparer l'état de la France et de ses deux proches voisines, pour mesurer l'étendue du problème, avant d'essayer de le résoudre.

En 1871, après la guerre franco-allemande, la France comptait 36 millions d'habitants ; en 1913 elle en comptait 39 millions : dans le même temps l'Allemagne passait de 41 millions à 66 millions d'habitants, et l'Italie de 25 millions à 35 millions.

En 1927, l'excédent des naissances sur les décès était dans les trois pays, respectivement de :

65.000 pour la France
402.000 pour l'Allemagne
457.000 pour l'Italie

De même en 1930, la proportion reste à peu près semblable :

99.786 pour la France
415.924 pour l'Allemagne
515.027 pour l'Italie.

La France est donc distancée de loin par ses deux voisines. Notre infériorité numérique a été une des causes de la guerre 1914-1918. Celle-ci fut préparée en Allemagne de longue date, par une campagne d'opinion où la famille française était tournée en dérision, et en 1912 von Bernhardt ne craignait pas d'écrire ces lignes menaçantes : « Raisonnablement, on ne peut pas exiger que l'Allemagne avec ses 65 millions d'ha-

bitants, se laisse traiter sur le même pied que la France avec ses 40 millions » (1). Le résultat de cette campagne de presse ne se fit pas longtemps attendre : ce fut pour le pays l'invasion, la ruine, le deuil dans tant de familles. Cette leçon aurait dû être profitable ! Hélas, le problème reste entier ; à l'invasion armée, a succédé l'invasion pacifique. Les ouvriers étrangers ont envahi certaines régions de la France, organisant leur vie suivant leurs usages : c'est ainsi que dans certains départements on n'entend plus, ou presque plus, parler français : les ouvriers polonais italiens et autres, ont leurs fêtes, leur culte, leurs écoles, leurs journaux : de plus, ces ouvriers, non naturalisés, emportent dans leurs pays respectifs l'argent économisé en France, ce qui est un autre inconvénient.

De plus, notre voisine du sud-est, prétend elle aussi, devant la différence de natalité, avoir droit à l'expansion sur des territoires en notre possession, prétextant la plus forte vitalité de ce peuple comparé au nôtre. En outre, cet état de choses a des conséquences économiques sérieuses : insuffisance de la culture, difficulté d'exploiter les colonies, décadence de la marine marchande, dégénérescence des individus.

Devant de tels faits, l'on se trouve placé devant le dilemme tragique : la France supprimera la dénatalité, ou la dénatalité supprimera la France.

Les causes de cette dénatalité sont diverses : morales, économiques, pathologiques que nous n'examinerons pas, nous contentant de les signaler.

On a proposé à ce problème, diverses solutions :

D'abord :

- 1^o favoriser l'augmentation des naissances en encourageant les ménages à procréer, par diverses indemnités, des dégrèvements fiscaux ;
- 2^o préserver la santé de la mère au moment de ses maternités ;
- 3^o lutter contre la mortalité infantile.

La présente thèse a pour objet, après avoir exposé les conditions de la vie dans les campagnes bretonnes que nous avons choisies comme lieu de notre étude, et montré le fâcheux retentissement sur la natalité dû au manque d'hygiène, et à diverses autres causes, de montrer comment on peut espérer des améliorations, grâce à des réformes que nous exposerons.

PREMIÈRE PARTIE

Exposé de la situation.

CHAPITRE PREMIER

Si, dans l'état actuel des choses, il est difficile d'amener la procréation de nombreux enfants, qui est subordonnée aux facteurs moraux, économiques que nous savons, on peut au moins sauver ceux qui sont déjà conçus, et les amener jusqu'à la naissance, puis en faire par la suite des sujets vigoureux.

D'après une statistique fournie au Congrès de Grenoble de septembre 1931, par le Dr Jullien, il meurt chaque année 70.000 enfants de moins d'un an, et 30.000 morts-nés sont perdus dès leur naissance. Dans le même ouvrage, le Dr Jullien dit ces paroles : « Pour ces décès précoces, le traumatisme obstétrical joue un rôle prépondérant, au point que sur 1.292 enfants morts-nés, pour lesquels l'enquête de la Société des Nations a été faite, il y avait 716 dont la mort était survenue au cours même de l'accouchement : soit 55 % ».

Pour ce qui concerne les campagnes bretonnes, il

nous a été donné d'être témoin de ce « gaspillage d'enfants », dû à l'ignorance, au manque d'hygiène au cours de la grossesse. C'est ce qui nous amène à nous situer dans ces pays que nous connaissons mieux.

Avant d'exposer les faits dont nous avons été témoin, il faut jeter un coup d'œil sur la vie et les coutumes des habitants de ces campagnes, car le praticien devra compter avec ces facteurs ethniques quand il sera appelé à y exercer la médecine. Il convient d'abord de rendre hommage au médecin de campagne, sa tâche est rude : il doit souvent desservir un rayon de 10 km. de pays : les fermes sont isolées les unes des autres, les chemins, vrais borbiers, sont impraticables pour l'automobile. De plus, il devra exercer son art dans un milieu où l'hygiène est peu connue, où le confort moderne est inexistant : aussi parfois quelles que soient sa science et sa bonne volonté, ne peut-il pas empêcher toujours que se produisent les faits que nous relaterons plus loin.

Dans presque toutes les contrées qui forment les départements bretons, l'habitation est constituée par une pièce unique, largement ouverte à tous les vents, par une porte donnant sur la cour de la ferme : pour y accéder l'on doit passer par cette cour où l'on entasse le fumier, et autres débris de la vie des animaux de la ferme : quand ces débris ne sont pas à proximité du puits, on peut encore s'estimer heureux : comme tous portent des sabots et ne les enlèvent pas pour entrer dans la maison, on conçoit que les brins de fumier vont rester souiller le sol en terre battue, encore si

répandu. Si la porte laisse entrer tous les vents, par contre les fenêtres sont bien soigneusement fermées, encombrées de plantes grimpantes, ou de monceaux d'objets divers : livres, boîtes de toutes sortes. Partout on remarque de la poussière : dans les campagnes de la Basse-Bretagne, les lits clos sont conservés, et c'est là que s'accomplissent tous les actes de la vie. Il est bien rare que l'on désinfecte ces lits ; il arrive que l'accouchement ait lieu dans le même lit où un parent est mort de maladie contagieuse, dans un passé plus ou moins éloigné. En Haute-Bretagne, les lits sont dans des alcôves sombres avec des rideaux, et même en plein jour il est difficile de voir le malade que l'on veut examiner. Si l'on vient la nuit, c'est bien pire, et il nous souvient avoir pratiqué des accouchements dans des alcôves semblables où une personne munie d'une lanterne, devait se tenir en permanence pendant toute la durée de l'accouchement.

Ajoutez à cela les conceptions erronées au sujet de l'hygiène corporelle, sa déficience absolue dans certains cas, et vous aurez l'explication des infections puerpérales, assez nombreuses dans ces campagnes, et des dystocies qui y sont si fréquentes.

Esquissons ce que peut être, en ce moment encore, un accouchement dans ces conditions. Appelé par des gens inexpérimentés, le médecin s'est rendu, la nuit le plus souvent, dans la ferme où l'attend la parturiente, il lui a fallu parcourir, quelquefois à pied, des chemins défoncés, où l'automobile n'avait pas accès. Il entre et se trouve souvent en présence d'une

matrone qui a déjà examiné la femme. Comme elle ignore l'asepsie, et que l'antisepsie ne l'embarrasse pas elle a touché plusieurs fois la parturiente, et renseigne le médecin. Il arrive parfois que le travail est à peine commencé, et la matrone a appelé trop tôt le médecin. Celui-ci pense avec raison, à sa clientèle : il peut avoir été appelé ailleurs pour un cas grave, pendant son absence : cependant il reste, car il sait la mauvaise impression que ferait son départ sur les clients. La famille et la matrone l'interrogent, le pressent d'agir. Péniblement parfois, au bout de plusieurs heures, la dilatation s'est avancée, complétée ; le médecin fatigué se laisse tenter par le mot magique que vient de prononcer la matrone « si vous mettiez les fers ». Dans des conditions déplorables de visibilité, d'éclairage où il se trouve, une application de forceps est toujours délicate, et c'est quelquefois un désastre qui vient terminer cette aventure : les tissus maternels sont déchirés, l'enfant présente des signes méningés, et quelquefois les suites de cette application de forceps dans de telles conditions sont plus graves encore.

Il nous a été donné, au cours de deux années de présence dans un hôpital de province, en qualité d'interne, d'être le témoin de faits dont nous avons gardé un triste souvenir.

Un dimanche soir, nous sommes appelé pour une entrante à la maternité. Il s'agissait d'une jeune primipare à terme ayant un bon aspect général : cette femme avait dans l'utérus une tête d'enfant ; le pra-

ticien, victime nous n'en doutons pas un seul instant, des conditions défectueuses dans lesquelles il avait dû opérer, avait transformé un sommet en tête dernière par version : il avait exercé, nous ignorons comment, des efforts de traction tels que le corps s'était détaché, laissant la tête *in-utéro*. Il fallut procéder à une césarienne, suivie d'extériorisation de l'utérus. Au bout de deux mois, la patiente quittait l'hôpital, bien rétablie : l'âge avait eu raison du traumatisme grave subi par cette femme : mais qui dira les suites possibles de l'opération ? A juger par les tristes restes de cette aventure, il s'agissait d'un bel enfant, victime de manœuvres intempestives qui avaient tué une jeune vie qui ne demandait qu'à s'épanouir.

Une autre fois, c'est une multipare âgée qui arrive de la campagne. Après une version podalique, et de multiples applications de forceps qui ont déterminé un œdème des grandes lèvres, on lui avait fait une injection de rétropituitine. Le corps du fœtus était extrait, et à son arrivée à l'hôpital, la femme le tenait entre les cuisses. Après examen, le chef de service, voyant l'impossibilité de dégager la tête, serrée par un anneau de Bandl très solide, décida une césarienne : à l'ouverture du ventre, il constata une désinsertion partielle de l'utérus. La femme mourut, tant avait été grave le traumatisme reçu. Cette opération laissa dans notre esprit un triste souvenir, tant l'aspect de cette mère de famille, enlevée à ses enfants nous avait frappé. Là encore, semble-t-il, le médecin n'aurait

su être incriminé, à cause des conditions défectueuses que nous connaissons.

En dehors de ces deux graves cas, c'est souvent qu'il nous a été donné de voir mourir de beaux enfants au cours de l'accouchement, ou à la fin de la gestation : ici c'est un cordon qui procide par une malencontreuse rupture de la poche des eaux, là, c'est un bras que l'on rentre dans l'utérus, après l'avoir abaissé, au risque d'infecter la femme. Toujours, la femme provenait de la campagne, l'enfant, le plus souvent, était bien constitué, parfaitement viable. Si pendant sa grossesse, la femme avait reçu une surveillance appropriée, si elle avait accouché dans de bonnes conditions, ces enfants auraient été récupérés et donnés vivants à la Société qui en a tant besoin.

CHAPITRE II

Les résultats sont bien différents quand les femmes sont connues du médecin ou de la sage-femme, et qu'elles ont reçu au cours de leur grossesse et à l'époque de l'accouchement les soins que nécessite leur état.

Nous avons relevé les résultats de six années de fonctionnement de la maternité de Saint-Brieuc où nous avons été interne.

La ligne de conduite qui nous a toujours guidé, entrant ainsi dans les vues du médecin-chef de service, a été la suivante : attendre, laisser agir la nature, intervenir le moins possible. Nous poserons en principe qu'un accouchement, étant un acte naturel, et non un acte chirurgical, il ne convient pas de brusquer la Nature : au contraire, il faut la laisser agir. Le rôle du praticien se bornera donc à attendre, il surveillera la nature, mais en lui obéissant, il sera d'ailleurs prêt à intervenir avec toutes les ressources mises à sa disposition par l'obstétrique moderne ; mais il le fera dans des cas bien déterminés : inertie, souffrance de la mère et du fœtus, danger de mort pour celui-ci.

Les résultats obtenus ont été encourageants, grâce à cette expectative armée.

Nous tiendrons compte de six années (1926-1931). Pendant ces six années, il est entré 1.020 femmes à la maternité, plusieurs en état très net de dystocie. Sur ce nombre, il en est sorti 768 qui emportaient avec elles leur enfant vivant et bien portant. Elles quittaient l'établissement dans des délais de 10 à 15 jours cela ; fait un pourcentage de 75,2 % de succès, ce qui est bien, étant donné le recrutement de notre maternité.

Années	Entrantes	Accouchements avec enfants vivants
1926	150	109
1927	164	127
1928	157	125
1929	173	125
1930	187	134
1931	189	140

La différence entre le nombre d'entrantes, et le nombre d'enfants vivants tient aux cas particuliers rencontrés chaque année.

— En 1926 : il est entré 3 femmes qui ont accouché avant le terme, vers 6 mois, et dont les enfants sont morts dans le délai de 2 jours.

1 femme ayant un bassin rétréci, et une poche des eaux rompue depuis 3 jours à l'extérieur, enfant mort à l'entrée dans le service.

2 femmes dont les fœtus avaient plusieurs circulaires du cordon, entrées après plus de 24 heures de travail.

— En 1927, 4 cas d'insertion vicieuse du placenta, avec hémorragies au cours du travail, enfants morts.

4 cas de poche des eaux rompues, avec plusieurs applications de forceps, ayant déterminé la mort des enfants.

— En 1928, 1 cas de présentation de l'épaule, poche des eaux rompue, applications de forceps.

1 accouchement très lent : circulaires multiples du cordon. Enfant mort.

— En 1929 : 1 siège : membranes rompues depuis 3 jours. Enfant mort.

2 cas d'insertion vicieuse du placenta : hémorragies, enfants morts.

1 cas de rupture de la poche des eaux datant de 5 jours : forceps, enfant mort.

1 cas de procidence du cordon. Trois applications de forceps en ville : enfant mort.

— En 1930 : 1 présentation de l'épaule engagée. Plusieurs forceps à domicile : enfant mort.

2 cas de décollement du placenta : enfants morts.

— En 1931 : 1 cas de procidence du cordon, avec membranes rompues ; la femme arrivée en travail, donne naissance à un enfant mort.

1 présentation de l'épaule engagée, membranes rompues depuis 36 heures : enfant mort.

1 cas de présentation de l'épaule. Rupture utérine. Enfant mort. on pratique une césarienne. La mère sort guérie.

Cette énumération des cas les plus typiques nous

montre que toutes ces dystocies, ou à peu près, sont dues à un manque de surveillance, ou à des manœuvres intempestives. On n'a pas pu diagnostiquer une présentation du siège, ou une présentation de l'épaule, pour la raison que, dans les campagnes, il est fréquent que la femme ne se fait pas examiner au cours de sa grossesse. Ce qui est plus grave, c'est qu'elle continue ses occupations aux champs ; elle circule dans les charrettes de campagne, dans lesquelles, elle est cahottée dans les chemins creux, aussi ne faut-il pas s'étonner des résultats obtenus. Par contre, il est arrivé dans notre service, que des cardiaques, des albuminuriques, dont le cas avait pu être dépisté, et qui étaient entrées dans l'établissement, ont pu, grâce au traitement et à une surveillance attentive, donner naissance à des enfants vivants.

Les pages qui précèdent, nous ont montré que, même dans les milieux ruraux, il suffit que la femme prenne la précaution de se faire suivre au cours de sa gestation, par son médecin ou sa sage-femme, pour changer le résultat quant à l'enfant ; et quant à la mère, car il ne faut pas oublier que la femme des campagnes est souvent, elle-même, victime des conditions déplorables dans lesquelles elle devient mère.

L'objet des chapitres suivants sera de montrer par quels moyens on peut espérer obtenir pour toutes les femmes, même dans les campagnes les plus reculées, la surveillance que nécessite leur état, en même temps que l'on améliorera leur hygiène, et celle de leur entourage.

DEUXIÈME PARTIE

Les moyens à employer pour organiser le service obstétrical.

CHAPITRE PREMIER

LES MOYENS DIRECTS

Ces moyens sont en rapport immédiat avec la grossesse et l'accouchement. Nous en indiquons trois. Ce sont : les consultations prénatales, la préparation des lieux de l'accouchement, la lutte contre les matrones.

A. — Consultations prénatales.

La vie de l'enfant commence avant sa naissance. Cette proposition simple, semble-t-il, est souvent oubliée, surtout dans nos campagnes où l'on voit les femmes enceintes continuer, péniblement parfois, à mener la même vie, à suivre la même hygiène que dans leur état normal : souvent même, elles continuent les travaux des champs, car elles sont habituées,

comme elles disent « à ne pas s'écouter » ; il faut parfois un signe pathologique pour leur faire abandonner leurs occupations. Et chose importante, souvent ces femmes semblent porter peu d'attention à leurs maladies antérieures : syphilis ou tuberculose, et alors, on assiste à des avortements répétés, à la naissance de prématurés non viables ou tarés. De même, la tuberculose joue un rôle important dans la pathologie de la vie intra-utérine de l'enfant.

Dans son rapport au Congrès national de la natalité de Grenoble (septembre 1931) le Dr Jullien, déjà cité, dit : « Dès maintenant, nous voyons que c'est en surveillant l'hygiène de l'adulte, que nous collaborerons à la lutte contre la morti-natalité, et la mortalité précoce de l'enfant... Rien ne doit nous laisser indifférents : lutte pour la création des organismes antivénéreux... et surtout, action pour la création des consultations prénatales ».

Depuis longtemps déjà, on a organisé ces consultations prénatales à travers le pays. En 1908, le Congrès de la Mutualité maternelle déterminait ainsi son œuvre : « Fournir aux adhérentes, en échange de cotisations versées, et majorées par les cotisations de ses membres honoraires... une aide suffisante pour qu'elles puissent s'abstenir, à la fin de la grossesse, de tout travail préjudiciable à leur santé et à celle de leur enfant ».

La Société de secours mutuels maternels assure les services suivants : Elle organise des consultations gratuites pour les femmes enceintes. Ainsi les femmes en

état de grossesse sont surveillées par des médecins dans les derniers mois de la gestation, pour éviter les accidents puerpéraux, et assurer les accouchements normaux.

Dans l'Oise, le rapport de M. Collet, directeur de l'Office d'Hygiène Sociale de ce département, paru dans le *Bulletin n° 425 du Comité d'Études Sociales et Politiques*, nous apprend que les consultations prénatales sont ouvertes à toutes les femmes au domicile des médecins. Elles sont obligatoires pour beaucoup d'entre elles, en particulier pour toutes celles qui sollicitent des secours.

En 1928, sur 8.000 naissances, 3.649 femmes furent examinées ainsi, et 13,87 % d'entre elles présentaient des tares et des maladies diverses. Celles-ci ont été traitées et le résultat, quant à l'enfant, a été sûrement meilleur.

Dans nos campagnes, ces consultations prénatales ont eu un accueil assez froid : il ne plait pas à la paysanne d'aller au domicile du médecin à date fixe, pour se faire visiter : aussi peut-on dire que, jusqu'à présent, ces consultations laissent à désirer. Comment y remédier ?

Laissant de côté l'organisation des consultations prénatales dans les organisations ouvrières, voyons comment est envisagée cette question dans les campagnes.

L'organisation idéale serait l'institution de maternités rurales. Voici comment le Dr Devraigne, à la séance de la Cour de cassation du 19 mai 1930, du Comité

National d'Etudes Sociales et Politiques, envisage cette question.

« Les premières maternités rurales ont été créées par la Mutualité maternelle de Paris, dont le but est de donner assistance aux femmes en couches. On créa des sections dans les régions libérées et, comme la simple assistance aux femmes en couches était là, manifestement insuffisante, on créa de petites maternités, constructions très simples, comprenant néanmoins tout ce qui est nécessaire et dans chacune, il y eut une sage-femme résidente... Des consultations prénatales y furent organisées : ainsi les femmes trouvèrent dans ces maternités, des conditions si satisfaisantes, que beaucoup d'entre elles y revinrent bien souvent par la suite... Dans une très petite maternité rurale, j'ai enregistré 103 accouchements sans un seul décès de femme ou d'enfant ».

Malheureusement, dans nos campagnes, une telle organisation est difficilement réalisable, pour plusieurs raisons. L'installation d'un tel centre est coûteux, pour peu qu'il s'étende à chaque canton, ou même à chaque centre important : de plus, la femme de la campagne tient à rester chez elle et même malade, à plus forte raison après son accouchement, elle veut continuer à surveiller son intérieur. Aussi, faudrait-il plutôt organiser dans chaque agglomération importante, des centres de consultations maternelles.

Le Professeur Lereboullet, dans le même bulletin cité plus haut, déclare : « Les centres ruraux doivent être développés le plus tôt possible, car

c'est dans les campagnes qu'il y a le plus à faire ».

Ces centres ruraux fonctionneraient sous la direction d'un médecin, lequel s'assurerait la collaboration d'infirmières visiteuses diplômées et de sages-femmes.

Il nous faut ici parler du rôle de l'infirmière visiteuse d'hygiène à la campagne.

Peu nombreuses chez nous, leur présence serait cependant à souhaiter. Par leurs conseils, elles pourraient avoir une grande influence sur les habitants de nos campagnes : ici se pose le problème de leur recrutement parmi les jeunes filles provenant elles-mêmes des milieux ruraux, car dans le Finistère, une bonne partie des Côtes-du-Nord et du Morbihan, il est nécessaire de parler la langue bretonne : si ce problème est résolu dans un avenir proche, si les conditions économiques permettent de les multiplier, nous ne doutons pas du bien qu'elles feront. Pour ce qui concerne les consultations prénatales, au cours de leurs tournées dans les fermes, les infirmières seront au courant des actes de la vie des familles visitées.

A l'occasion d'une grossesse, elles pourront donner un conseil d'hygiène puis elles inciteront la femme à se faire examiner par le médecin ou la sage-femme selon le cas. D'autre part, elles tiendront au courant le médecin de cette grossesse nouvelle, qu'il peut ignorer, n'ayant pas eu l'occasion de visiter cette famille depuis un certain temps. On voit donc l'importance d'une collaboration entre médecin, sages-femmes et infirmières visiteuses, dans nos campagnes.

Souhaitons aussi l'établissement de plus en plus grand du livret de santé individuel de la femme ; sur ce livret seraient indiqués : le passé de cette femme, ses diverses maladies, puis les phases de la grossesse y trouveraient aussi leur place, avec les incidents ; le médecin connaîtrait ainsi sa cliente ; au moment de l'accouchement, il lui suffirait de feuilleter le livret. De plus, et ceci est capital, dès les premiers examens, s'il découvrait une étroitesse du bassin ou autre cause de dystocie, il serait à temps pour l'adresser au moment voulu vers une maternité outillée en vue de toute intervention possible. Que de désastres seraient ainsi souvent évités !

Nous avons essayé de montrer comment, grâce à la collaboration de l'infirmière visiteuse avec le médecin, la femme est arrivée au voisinage du terme dans les meilleures conditions. Voyons dans un nouveau paragraphe l'organisation de la ferme en vue de l'accouchement.

B. — Préparation des lieux de l'accouchement.

Nous supposerons ici que, grâce à une réforme que nous envisagerons au chapitre suivant, la ferme bretonne soit devenue plus salubre : de larges ouvertures ont remplacé les fenêtres hermétiquement closes, la terre battue est remplacée par du ciment, facile à laver, le plancher, étant, quoi qu'on en dise, d'un entretien difficile à la campagne. Le chauffage et

l'éclairage, bien étudiés, sont faciles à régler et à adapter aux besoins du moment. Chacun s'est adapté à des habitudes d'hygiène dûes à l'éducation bien comprise. L'infirmière-visiteuse, ange-gardien de la ferme, auxiliaire du médecin de campagne, va organiser la maison en vue de l'heureux événement prochain : la naissance de l'enfant. Elle va agir sur le moral de la jeune maman, lui donner confiance, veiller à ce qu'elle abandonne ses occupations quelques jours avant la date présumée. Tout va être nettoyé, le lit où se fera l'accouchement sera rendu le plus propre possible, la literie est changée, on prépare les linges nécessaires : draps, alèzes, serviettes, toiles imperméables. Le médecin, se fiant à l'infirmière qui le tient au courant, viendra dès le début du travail, et sera dans les meilleures conditions, pour faire un accouchement euto-cique qui profitera à l'enfant comme à la mère : tout se sera accompli pour le mieux.

On parle maintenant beaucoup des malles d'accouchement dans lesquelles le médecin trouve sous la main tous les produits qui lui sont nécessaires (compresses, coton, sérum le cas échéant). Nous ne pouvons que souhaiter voir l'usage de ces « malles d'accouchement » se répandre dans nos campagnes comme en ville. De cette façon, le médecin sera assuré d'avoir tout ce qui lui faut, sans être obligé de traîner lui-même tout l'arsenal de produits dont il peut avoir besoin.

C. — Lutte contre les matrones.

Nous avons vu dans la première partie du travail l'action souvent néfaste de ces femmes qui, possédant pour toute instruction la routine, ignorant l'hygiène, causent tant de désastres. Parlant de ces femmes, le Professeur Debré dit : « Pour l'accouchement, les matrones sont trop souvent préférées aux sages-femmes et aux médecins, et cela cause la mort d'un grand nombre d'enfants, et aussi d'un grand nombre de mères : 13 % d'après les statistiques ».

La préférence des campagnards pour ces femmes est dûe, chez nous comme ailleurs, à l'ignorance, et à l'âpreté au gain : il coûte plus cher de payer un médecin, une sage-femme : alors on fait appel à la matrone : souvent d'ailleurs c'est elle qui offre ses services.

Il n'y a malheureusement aucune législation pour protéger le médecin et la sage-femme contre cette concurrente redoutable à tous les points de vue. On parle de la pléthore des sages-femmes et des médecins ! que l'on réussisse à faire disparaître les matrones, et le médecin aussi bien que la sage-femme auront leur gagne-pain assuré : dans certains pays, la matrone, rendue hardie par l'impunité, critique tout ce qu'elle voit faire par le médecin ou la sage-femme : elle cherche par tous les moyens à détourner les gens de ces campagnes du médecin ou de la sage-femme, et trop souvent elle y réussit, tant est grand le prestige que certaines d'entr'elles ont acquis dans ces pays.

Pour lutter contre elles, il faut agir sur la femme des campagnes, lui montrer qu'elle a tout à gagner à s'entourer des garanties de la science et de l'hygiène des praticiens.

De plus, quand les secours sous forme d'allocations, d'assurances sociales seront distribués dans les milieux ruraux, comme il se doit, les paysans regarderont moins à appeler le médecin ou la sage-femme, et la cause des matrones sera perdue.

Dans l'article cité ci-dessus, du Docteur Devraigne, celui-ci dit : « Partout où les maternités rurales s'installent, les matrones tendent à disparaître et le nombre des avortements diminue : dans certaines de ces maternités on enregistre jusqu'à 150 naissances par an ».

Ainsi le développement de l'hygiène, l'éducation de la femme, et quand cela sera possible, la création de maternités rurales, auront pour résultat la disparition des matrones qui, comme nous l'avons vu, causent tant de désastres dans l'obstétrique des campagnes.

CHAPITRE II

LES MOYENS INDIRECTS

Nous venons de voir comment agir directement sur la femme au cours de sa grossesse, et au moment de son accouchement. Voyons maintenant les réformes qui s'imposent dans nos campagnes et qui contribueront elles aussi à améliorer le service obstétrical dans ces pays. Ces réformes sont : la lutte contre le taudis, le développement des communications routières et téléphoniques, l'extension de l'électrification des campagnes.

A. — Lutte contre le taudis.

Quand on prononce le mot de taudis, ce n'est pas l'habitation de la campagne qui se présente à l'esprit mais plutôt les centres ouvriers : on s' imagine plus volontiers, le logement insalubre, au fond d'une cour sans air, ni lumière, où grouille une foule d'enfants souffreteux et pâlots, et cependant, le taudis existe aussi à la campagne, et disons-le pour être juste, non pas seulement en Bretagne. Quand on a vu les pièces sombres, à l'unique fenêtre, au sol en terre battue, où vit par-

fois une nombreuse famille, quand on a vu toute cette maisonnée coucher dans la même pièce, et loger dans des lits dont la propreté est quelquefois douteuse, on comprend que ce logement mérite le nom de taudis.

Ici, le taudis n'a peut-être pas un si grand inconvénient qu'en ville, car le paysan passe ses journées en plein air, mais les enfants et les vieillards passent une grande partie de leur temps dans ces lieux où l'air et la lumière font parfois défaut. Le logement rural a donc besoin, lui aussi, d'être transformé et assaini.

Depuis quelques années, les habitants de nos pays semblent avoir compris l'importance du logement sain, et nous avons vu, dans certains coins de la Bretagne, la vieille maison abandonnée, transformée en étable, en pièce de débarras, et une maison neuve, conçue suivant l'hygiène moderne, s'élever dans les environs ; mais ce fait constitue une exception encore, et n'est possible qu'aux paysans fortunés. Comment donc envisager l'assainissement de l'habitation de la campagne dans l'état actuel de l'agriculture ?

Il s'agit de fournir à l'habitation rurale, l'air, la lumière, la chaleur nécessaire, et éviter la promiscuité dangereuse que nous connaissons. Pour cela il y a deux solutions : aménager l'habitation déjà existante : abattre cette habitation et en construire une autre.

En Basse-Bretagne, les maisons sont solides, construites en granit, les murs ont une épaisseur considérable : il y aura avantage à conserver ces vieux murs, témoins de la vie de tant de générations disparues ; on aménagera dans ces murs des ouvertures

plus grandes, on divisera l'unique pièce par des cloisons, on remplacera la terre battue par du ciment, qui, nous l'avons vu, est plus pratique que le plancher et meilleur marché que le carrelage.

Dans certaines contrées de la Haute-Bretagne au contraire, les maisons sont construites avec une sorte de torchis, moins solide et dans ces conditions on aura avantage à reconstruire.

Dans son livre intitulé *Le logement de la famille*, M. Charles Besnard dit : « Il faut signaler l'existence du Service des améliorations agricoles, dont les agents, les ingénieurs au génie rural, peuvent intervenir pour l'établissement des projets et des plans d'aménagement et de construction rurale ». Voici donc un organisme qui va pouvoir conseiller et aider les paysans dans la transformation de leur demeure.

Ces divers remaniements qui sont, on le conçoit, très onéreux, ont été facilités par la loi du 13 juillet 1928 dite Loi Loucheur. Celle-ci attribue, en effet aux constructions rurales, un tiers des crédits annuels. L'article 19 applique les dispositifs de cette loi « ... à la construction, à l'aménagement, à l'assainissement des habitations destinées au logement des ouvriers agricoles, et des propriétaires ou petits exploitants peu fortunés, travaillant habituellement seuls ou avec... des membres de leur famille, salariés ou non, habitant avec eux... ». Les prêts consentis sont à long terme : 25 ans, et peuvent procurer au petit cultivateur les moyens d'être enfin logé suivant les exigences de l'hygiène la plus élémentaire.

Jusqu'ici, il est vrai, cette loi qui est pleine de promesses, n'a pas réalisé dans nos campagnes les bienfaits que l'on en attendait : le paysan breton est méfiant à l'égard des innovations : il faut qu'elles aient fait leurs preuves pour qu'il les accepte, et l'on se rend compte que jusqu'ici, dans l'ensemble du pays, la loi est difficilement applicable aux besoins de l'agriculture. Mais le fait que la loi Loucheur existe, qu'elle est applicable à l'agriculture, peut permettre d'envisager dans un avenir peut-être pas éloigné, la transformation de la ferme bretonne, dans un logement propre, coquet, et conforme aux lois de l'hygiène.

B. — Développement des communications routières et téléphoniques.

Quand on parle du réseau routier de la Bretagne, il convient de distinguer les routes nationales, les routes de grande communication et les routes vicinales. Les premières : routes nationales et de grande communication sont souvent chez nous très belles, et la Bretagne n'a rien à envier aux autres provinces : les routes sont goudronnées, les tournants relevés, signalés, la circulation y est facile, mais il n'en n'est plus de même quand, quittant ces belles artères, on va vers les villages perdus dans l'intérieur du pays. Ici le médecin doit compter avec des routes défoncées, percées de trous et d'ornières, transformées en flaques d'eau pour peu qu'il pleuve. Que de fois ne lui arrive-t-il pas

de laisser sa voiture à mi-chemin pour parvenir à la ferme où on l'appelle ; il doit franchir des ruisseaux, escalader des talus, faire parfois des détours, en hiver tout au moins.

Il y a là beaucoup à faire, car l'état des routes a ses répercussions sur ce qui nous occupe : l'évolution des grossesses dans les campagnes. La moindre course en voiture est pleine de risques pour la femme : elle est cahotée dans les voitures non suspendues, qui sont en usage : si au moment du travail il se déclare une complication qui dicte l'envoi de cette femme dans une maternité, c'est au prix d'une course dans ces chemins défoncés ; cette course ne fera, on le conçoit, qu'aggraver son cas, aussi faut-il envisager sans tarder la réfection des routes des campagnes. Déjà les départements s'y emploient ; mais la tâche est difficile : ces chemins sont en effet innombrables, à cause de la répartition des villages : les paysans vivent dans des villages séparés les uns des autres par plusieurs kilomètres, et pour peu que les chemins soient impraticables cela équivaut pour eux à un isolement presque complet d'avec leurs semblables. On voit les dangers de cet isolement en cas de maladie et combien la tâche du praticien de campagne est compliquée de ce fait.

Si les communications sont difficiles à cause des routes, elles le sont aussi à cause de l'insuffisance des communications téléphoniques. Les deux questions s'enchevêtrent, et sont en rapport avec la répartition des villages : on ne peut voir installer le téléphone dans chacun de ceux-ci, mais il faudrait que, de plus

en plus, on l'installe dans chaque hameau. D'ailleurs, il faut reconnaître que cela est chose faite dans beaucoup de hameaux, dans les Côtes-du-Nord en particulier. Quand cette installation se sera étendue partout, il sera facile d'avertir le médecin, à condition que la route reliant la ferme à la cabine téléphonique soit praticable en tout temps.

Ainsi donc, dans un avenir que nous souhaitons proche, si au cours d'un accouchement survient une complication, le médecin pourra, rapidement, grâce au téléphone et aux bonnes routes, conduire sa malade dans un centre hospitalier où elle recevra les soins qui ne peuvent être donnés à domicile : et l'on ne verra plus les faits déplorables que nous avons signalés dans le premier chapitre de cette thèse.

C. — **Extension de l'électrification des campagnes.**

Une autre question, importante elle aussi, intéresse le praticien de campagne : celle de l'électrification des fermes. Appelé le plus souvent la nuit, pour les accouchements tout au moins, il a besoin de beaucoup d'éclairage : le plus souvent, les paysans ne peuvent mettre à sa disposition que des lampes à pétrole, des falots « tempête » ou autres dispositifs insuffisants. Qu'il y ait une intervention urgente à faire, et cela peut arriver quand on s'y attend le moins, le médecin est condamné à opérer dans une demi-obscurité, ou

dans un éclairage insuffisant, et ceci aux risques de la parturiente.

Le problème, ici encore, est compliqué, à cause encore de la répartition des fermes, et l'on attendra longtemps, croyons-nous, avant que les habitations isolées soient dotés d'électricité.

Dans l'ensemble du pays, un grand progrès a été fait dans ce domaine pendant ces dernières années. En 1919, 7.000 communes étaient pourvues d'électricité ; en 1930, ce chiffre s'élevait à 29.000. Actuellement il reste seulement 8.000 communes qui sont dépourvues d'électricité. Nos campagnes bretonnes, pour la raison indiquée ci-dessus, sont loin d'être favorisées sous ce rapport, sauf aux environs des villes. Le principal obstacle est le prix de revient de l'installation. Là encore, les pouvoirs publics viennent en aide aux communes : en 1931, il a été prévu : 120 millions de francs pour l'électrification des campagnes, dans une loi sur l'outillage national.

Souhaitons donc de voir, peu à peu, le logement de nos campagnes doté d'un bon éclairage artificiel qui rendra possible les accouchements et les autres interventions dans les meilleures conditions.

CHAPITRE III

LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE

Quand, grâce aux réformes que nous venons d'exposer, les désastres obstétricaux que nous connaissons auront autant qu'il soit possible disparu, la tâche ne sera pas achevée. Les enfants ainsi récupérés doivent être élevés et devenir des sujets robustes et bien portants : or, jusqu'ici, la mortalité infantile, c'est-à-dire le décès d'enfants de moins de 1 an, sévit dans des proportions navrantes dans nos campagnes, comme partout ailleurs.

Cela tient à l'ignorance presque complète de la femme, en tout ce qui concerne la puériculture. La vie du malheureux bébé est soumise à des quantités d'usages qui sont autant d'erreurs : c'est d'abord le maillot qui l'enserme jusqu'à l'âge de 1 an et plus, paralysant ses mouvements, empêchant parfois la libre expansion de son thorax : c'est le bercement qui l'endort en l'abrutissant, la tétine qui, tombée à terre, est à peine essuyée et remise dans la bouche de l'enfant : quelquefois même, une simple boule faite de chiffons et trempée dans un sirop de sucre la rem-

place. Ajoutons à cela le manque d'air : nous avons vu des berceaux en Basse-Bretagne, placés à l'intérieur des lits clos des parents : on juge de l'air vicié que va respirer le malheureux bébé pendant ses nuits ; cet usage tend cependant à disparaître de nos campagnes.

Ce qui est bien pire encore, c'est son hygiène alimentaire. Souvent la mère, à cause de ses occupations, n'a pas le temps de nourrir son enfant, ou l'horaire des tétées est soumis à une fantaisie trop grande. Alors surviennent des troubles digestifs qui sont, chez le nourrisson, l'une des causes les plus fréquentes de la mortalité infantile.

Le Dr Debré, dans un rapport, dit à ce sujet : « Il meurt, en France, 70.000 enfants avant l'âge de 1 an, 30.000 meurent avant d'avoir respiré, et l'on peut affirmer qu'un grand nombre de ces 100.000 morts sont parfaitement évitables ». On a calculé que les troubles digestifs sont pour 48 % responsables de ces morts, les maladies infectieuses pour 40 %, les maladies non microbiennes pour 11 % (Dr Debré, même rapport). Ajoutons à ces causes la tuberculose, la syphilis et l'alcoolisme et nous saurons à quoi attribuer les décès qui grèvent si lourdement les statistiques de mortalité infantile.

Etablissons pour l'année 1930, la statistique des décès de moins d'un an, dans les 5 départements bretons : en regard, nous mettrons 2 départements à forte natalité, due à la densité de la population : le Nord et le Pas-de-Calais.

	Naissances	Décès à moins de 1 an
Finistère.....	14.825	999
Côtes-du-Nord.....	11.044	1.030
Ille-et-Vilaine	11.472	973
Morbihan.....	11.448	975
Loire-Inférieure	11.433	725

Dans la même année, les naissances, dans les 2 départements cités, ont été respectivement de : Nord, 38.634 ; Pas-de-Calais, 27.419. Les décès d'enfants de moins d'un an dans ces départements étaient de : 3.723 et 2.925.

On remarque que, chez nous, comme dans ces 2 départements, il meurt environ 1/12 des enfants avant leur année. Il faut donc, et les pouvoirs publics s'y appliquent de toutes leurs forces, lutter contre cette mortalité infantile ; pour cela il faut combattre toutes ses causes : pathologiques : syphilis, tuberculose et alcoolisme ; sociales : manque d'hygiène, ignorance.

Il va de soi que la lutte contre la tuberculose et la syphilis doivent s'intensifier de plus en plus : création de dispensaires, de consultations pour femmes enceintes. Déjà, cette lutte a donné des résultats. Pour ce qui concerne la lutte contre la syphilis, voici ce que dit le Professeur Couvelaire dans un rapport paru dans le *Bulletin 427 du Comité National d'études sociales et politiques* : « Et je me permettrai d'apporter la statistique de mon service, où j'ai créé, avec Marcel Pinard, le dispensaire antisiphilitique de maternité, suivant une formule qui, grâce à Faivre et à Cavaillon, s'est généralisée. En 1921, sur 1.000 naissances, nous avons

une mortalité par syphilis prouvée de 111. Grâce au traitement systématique, avant et pendant la gestation, elle est tombée en 1927 à 35 ». On conviendra que c'est un beau résultat et un exemple à suivre partout où l'on découvre les symptômes du terrible mal.

Quant à l'alcoolisme, il est cause de bien des malheurs, de bien des morts d'enfants, dans notre province plus peut-être qu'ailleurs ; dans un rapport du Dr Debré, on lit à ce sujet les lignes qui suivent : « L'alcoolisme contribue à élever le taux de la mortalité infantile par suite des conséquences morales et sociales évidentes... Autrefois, dans les campagnes on ne buvait pas d'alcool, sauf en Bretagne et en Normandie : maintenant, dans bien des régions rurales la consommation d'alcool augmente. Pour combattre ce fléau, il faudrait un effort considérable de propagande de la part des médecins, des instituteurs et des infirmières visiteuses, s'adressant surtout aux enfants » Malheureusement, on est peiné de voir que l'Etat vient d'autoriser l'ouverture de 20.000 nouveaux débits de boissons, dans les communes qui n'en possédaient pas, parce que de population inférieure à 500 habitants. Tous ne seront pas ouverts en Bretagne, mais sans doute que le nombre des débits où s'empoisonne notre race va encore augmenter, ce qui est déplorable.

Il y a plusieurs moyens de réduire la mortalité infantile chez les sujets nés de parents sains, mais dont on a vu l'ignorance en matière de puériculture occasionner la mort.

Tout d'abord, nous voyons réapparaître l'infirmière-

visiteuse dont nous avons vu le rôle pendant la grossesse de la femme et au moment de son accouchement.

C'est maintenant au titre d'infirmière-visiteuse de l'hygiène sociale de l'enfance qu'elle revient à la ferme. Au Congrès de Grenoble du mois de septembre 1931, le Dr Jullien, déjà cité, décrit ainsi son rôle : « Les infirmières cantonales circulent parmi les familles du canton, et luttent par la parole et par l'exemple contre les préjugés suivant lesquels les enfants sont encore nourris, aérés et vêtus... ». Les infirmières cantonales, connaissant la langue et la mentalité des populations de nos campagnes, pourront y acquérir une grande influence sur la femme bretonne.

Jusqu'à présent, on s'est contenté de vagues notions de puériculture vite oubliées, faites pendant la scolarité. « Quand la femme se charge d'un nourrisson étranger, on lui remet un carnet de nourrice qui peut être parcouru.... Rien n'est à la portée d'une paysanne quasi-ignorante des éléments mêmes de la puériculture et des termes tant soit peu techniques ». Signalons à ce propos l'existence d'un « livret de bébé » édité par les établissements Jacquemaire: et contenant des conseils très utiles aux mamans au sujet de l'hygiène du premier âge : souhaitons que ce livret se répande partout et à la campagne comme ailleurs.

Outre l'enseignement fait à la femme par l'infirmière-visiteuse et les conseils reçus par les livrets dans le genre de celui dont nous venons de parler, il existe un autre enseignement plus précoce et plus fructueux : celui de l'école.

A. — Enseignement de la puériculture à l'école.

De toute évidence, c'est dès l'enfance qu'il faut faire l'éducation de la femme de nos campagnes, en vue de son futur rôle de mère de famille. Il faut intensifier dans les programmes scolaires féminins, l'étude des soins à donner au nourrisson et à l'enfant pendant sa première année, époque où il est encore si fragile. « L'éducation de la jeune fille doit comprendre dans ses programmes les principes de la stérilisation du lait, de la préparation des biberons, des doses et des coupages, etc : bref tout ce qui, dans l'allaitement de l'enfant, doit le mettre à l'abri des infections alimentaires et des surcharges gastriques » dit encore le Dr Jullien au Congrès de Grenoble 1931.

De même, dans un rapport fait par Mme Goux-Boas au Comité National d'études sociales et politiques : séance 425, nous trouvons ces paroles, applicables à la Bretagne comme au reste de la France : « A l'école, nous devons développer les méthodes de l'hygiène par l'exemple, qui ont reçu la consécration des pouvoirs publics, et il faut développer aussi l'enseignement de la puériculture .. Pour la formation des jeunes générations, il faudrait donc dans chaque école une infirmière scolaire ». Ainsi donc, l'école a son rôle à jouer dans la lutte contre la dénatalité, principalement à la campagne : n'est-ce pas elle qui laisse, en effet, la plus forte impression sur la future mère de famille.

B. — Enseignement de l'hygiène par le cinéma éducatif.

Le développement de l'hygiène par l'exemple a d'ailleurs un auxiliaire précieux : le cinéma. La pratique du cinéma éducatif commence à s'étendre. Dans certaines villes, il est organisé, et nous avons vu à Brest en particulier, un cinéma en plein air, installé sur l'une des places publiques et appartenant à l'« Affiche animée du Finistère », donner à un public assez nombreux, des notions d'hygiène concernant le problème du lait sain, les résultats de la lutte contre la tuberculose et d'autres questions intéressantes. Puisse cette pratique s'étendre encore davantage. Malheureusement elle coûte cher : la réalisation de ces films, le prix de la matière première empêchent l'expansion de pareils films qui sont peu nombreux. Toutefois la Société des Nations a créé l'Institut International du Cinéma Educatif qui augure bien pour l'avenir ; nous espérons que dans un avenir peut-être pas très éloigné les foules paysannes, venues au bourg à l'occasion du dimanche, viendront bénéficier de cette méthode agréable d'apprendre qu'est le cinéma mis au service de l'hygiène. Si les organisations s'entendent à leur tâche et savent composer des programmes instructifs, en même temps que récréatifs, nous pouvons espérer que, peut-être, ce sera là un moyen de détourner les adultes de l'auberge, pour le plus grand profit des individus et de la race.

CONCLUSIONS

Nous venons d'esquisser, dans les divers chapitres de ce travail, un problème qui devient, malgré les apparences, plus délicat que jamais. Devant le chômage, on serait tenté de croire que de multiplier les naissances, serait encore accroître ce mal social, mais il n'en est rien, la prospérité d'un peuple, son avenir, sont intimement liés au nombre et à la qualité de ses habitants ; une nation qui stagne, ou qui se dépeuple est appelée à disparaître. Nous souhaitons de tout cœur, nous joignant en cela à l'élite de la Nation, que la France n'en arrive jamais là.

Guidé par un sentiment de patriotisme, nous avons voulu exposer les remèdes qui nous semblent les plus efficaces et les plus simples pour remédier à la dénatalité, amener tout embryon jusqu'à pleine maturité, par une organisation meilleure des conditions de la vie où il va entrer. Les remèdes que nous avons exposés s'appliquent aussi, avec adaptation au milieu cela se conçoit, à toutes les catégories de la société urbaine et rurale, en ce qui concerne l'hygiène générale tout au moins. Ils se résument de la façon suivante :

1° Ceux qui influent directement sur l'évolution de la grossesse et la conduite de l'accouchement : consultations prénatales, lutte contre les matrones, action de la visiteuse d'hygiène ou assistante sociale. Il faut souhaiter que se recrutent de plus en plus ces femmes dévouées qui sont trop peu nombreuses, eu égard au bien qu'elles font ; il faut qu'elles aient une situation honorable, et que l'entente soit parfaite entre elles et les médecins et sages-femmes. Il ne saurait logiquement en être autrement, car ils sont tous animés du même idéal.

2° Les conseils de la visiteuse d'hygiène, préparés par l'école et le cinéma éducatif, finiront, nous l'espérons, par inculquer à nos campagnards les principes d'hygiène qui leur manquent encore : l'on verra diminuer la mortalité infantile, fléau de nos campagnes comme des agglomérations ouvrières, facteur de dépeuplement.

3° Les conditions matérielles de la vie agricole, modifiées dans le sens que nous avons indiqué : aménagement ou reconstruction des fermes, extension des bonnes routes, développement de l'électrification des campagnes et du téléphone, seront réalisables quand la période sombre que nous traversons sera passée, s'ils ne le sont pas maintenant.

De plus, cette transformation fera d'une pierre deux coups, elle arrêtera, nous en sommes sûr, la désertion des campagnes, qui est une cause aggravante du

chômage car elle jette dans la vie des villes, des ruraux qui n'y sont pas préparés et qui s'y adaptent difficilement.

Si nous avons pu, en cataloguant les divers moyens d'améliorer l'évolution des grossesses et la diminution de la mortalité infantile, rendre service à une province qui nous est chère, et en même temps au pays tout entier, le but que nous nous étions proposé sera atteint.

Vu : le Président de la thèse
COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Bulletin de la statistique générale de la France*, t. XX, fascicule II.
2. *Basse-Bretagne et Bas-Bretons*. Etude d'hygiène. Thèse pour le doctorat en médecine. Dr Dujardin, 1912.
3. Compte-rendu du III^e Congrès national de la Natalité. Clermont-Ferrand, 24-27 septembre 1925.
4. Congrès National (XIII^e) de la Natalité et des Familles nombreuses. Grenoble, 25-27 septembre 1931.
5. Congrès International pour la Vie et la Famille. Paris, 21-22 avril 1932.
6. Comité National d'Etudes Sociales et Politiques, 45, rue d'Ulm, Paris.
7. *En Péril de Mort*, F. Auburtin. Paris, 1929. Editions Spes, rue Soufflot, Paris (V^e).
8. *La plus grande Famille*, 84, rue de Lille. Revue : Numéros : 82, 83, 84.
9. *La Protection de la Maternité en France*. M. Valadier, directeur des Assurances sociales du ministère du Travail.
10. *Le Logement de la Famille*. M. Charles Besnard : Fédération Nationale Catholique, 32, boulevard Latour-Maubourg. Paris.

11. *La Protection de l'Enfance* (*Bulletin International de*), 67, av. de la Toison-d'Or, Bruxelles.
 12. *Le Musée social*, revue mensuelle, n° 4, avril 1932, 5, rue Las Cases, 5, Paris.
 13. *Statistique du Mouvement de la population*, tome X, année 1930.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE	
EXPOSÉ DE LA SITUATION	
CHAPITRE PREMIER.....	13
CHAPITRE II	19
DEUXIÈME PARTIE	
LES REMÈDES	
CHAPITRE PREMIER. — <i>Les Moyens directs</i>	23
A) Consultations prénatales	23
B) Préparation des lieux de l'accouchement.....	28
C) Lutte contre les matrones.....	30
CHAPITRE II. — <i>Les Moyens indirects</i>	32
A) Lutte contre le taudis	32
B) Développement des communications routières et téléphoniques	35
C) Extension de l'électrification des campagnes.....	37
CHAPITRE III. — <i>Lutte contre la Mortalité infantile</i>	39
A) Enseignement de la Puériculture à l'école	44
B) Enseignement de l'Hygiène par le cinéma éducatif.	45
CONCLUSIONS.....	46
BIBLIOGRAPHIE	49

